

記入例

受講区分: 実践研修

※該当するすべての項目について記入してください。(記入漏れが)あります。

令和8年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(実践研修) 受講申込書

令和8年度 岡山県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者)				令和 8 年 9 月 1 日			
法人名	社会福祉法人〇〇会			事業所名	グループホーム〇〇園		
事業所所在地	〒 700-8570 岡山 市 北区内山下〇〇番地〇 △△コーポ〇〇号			代表者名	理事長 岡山 太郎		
	事業所電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			事業所メールアドレス	momo-mo@pref.okayama.jp	
事業種別 (サービス種別)	共同生活援助			推薦順位	1	人中	1
ふりがな	おかやま ももこ			生年月日	S H	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
受講者氏名	岡山 桃子						
受講者住所	〒 700-0822 岡山 市 北区表町〇〇〇番地			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	オンデマンド配信 URL通知用 メールアドレス ※兼 事務連絡用	講義動画を受講するためのURLをメールで通知する場合に使用します。また研修延期、会場変更等の事務連絡に使用します。 momo-mo @ pref.okayama.jp					
実務経験 (証明書添付不要) <small>知的障害者、知的障害児又は精神障害者の福祉に関する事業(直接処遇に限る)に係る従事経験を記入して下さい。</small>	事業所・機関・施設名	サービス種類	職名	従事期間			
	〇〇ヘルパステーション	重度訪問看護	ヘルパー	5 年 3 月			
	グループホーム〇〇園	共同生活援助	生活支援員	4 年 0 月			
				年 月			
				年 月			
上記従事期間を合計した年月数を記載してください。(※0年0カ月の場合でも必ずご記入ください。)				通算	年 月		
行動援護事業所での 従事予定	※現在、行動援護サービスに従事していない受講者について、従事する予定がある場合に記入						
該当する欄にプルダウンで☑を選択し、予定時期を入れて下さい。	1 サービス提供責任者	就任予定	(予定時期	年	月)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 サービス提供者(ヘルパー)	従事予定	(予定時期	令和8	年	12	月)
	3 その他 ()	従事予定	(予定時期	年	月)	
行動援護従事者 経過措置対象者	※現在、行動援護サービスに従事している受講者について、R9.3.31までの経過措置対象の場合記入						
該当する欄にプルダウンで☑を選択し、人数または〇を入れて下さい。	1 事業所内の行動援護従事者の人数	() 人)					
	2 事業所内の行動援護従業者養成研修過程 又は強度行動障害支援者養成研修(基礎・実践)修了者の人数	() 人)					
	3 受講者の人員配置状況 (〇で囲んでください。)	(サービス提供 責任者	,	サービス提供者 (ヘルパー))	
基礎研修の 受講状況	強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の受講は修了していますか。(数字を〇で囲んでください。)						
受講希望日程	1 【A日程】11月21日(土)~22日(日)						
	<input checked="" type="checkbox"/>	2 【B日程】11月26日(木)~27日(金)					
ブルダウンで選択 してください。	3 【C日程】12月12日(土)~13日(日)						
	4 どこでもよい						
推薦理由 該当する欄にプルダウンで☑を選択 してください。 ※複数可	<input checked="" type="checkbox"/>	1 行動援護サービスの従業者要件を満たすため。					
		2 障害福祉サービスの報酬における重度障害者支援加算(Ⅱ)等の加算の算定要件を満たすため。					
		3 事業所内において行動障害がある方へ対応していくため。					
	<input checked="" type="checkbox"/>	4 職員のスキルアップのため。					
		5 その他 ()					
受講上の配慮等	配慮の有・無	配慮すべき事項があれば記入し					
	無						

最後に〇や✓漏れがないか必ず確認をしてください。

※ 複数名申し込み場合はコピーしてご使用ください。